

Colaboración

Análisis crítico a los distintos reglamentos para selección en las F.A.S. por oftalmología

M. de Timoteo Barranco*

Introducción

Los distintos reglamentos requieren una puesta al día en conexión con la realidad del momento, demostrada en la práctica médica diaria, lo cual hace necesario un análisis crítico; dada la premura del tiempo asignado, iremos desglosando algunos de los artículos vigentes en lo que se refiere a oftalmología y que son causa de confusión.

Material y método

Hemos seleccionado como material de trabajo diversos cuadros médicos de exclusiones, tales como el publicado en el B.O.D. n° 194 de fecha 09-10-89 para el ingreso en las academias militares; B.O.D. n° 66 de fecha 08-04-86 para el servicio militar; en el B.O.D. n° 55 de fecha 04-03-88 para el ingreso en el Cuerpo de la Guardia Civil; así como el referente al reconocimiento de conductores en B.O.E. n° 294 del 09-12-85.

Desarrollo y análisis

Iniciaremos el tema con la revisión del cuadro médico de exclusiones para el ingreso en las academias militares.

Para seleccionar al militar profesional se debe aspirar a realizar un completo estudio de su capacidad visual, considerando las siguientes funciones visuales a explorar:

1. — Agudeza visual con optotipos unificados y normalizados.

2. — Estudio de la sensibilidad al contraste, como primacía de nuevas exploraciones. Estos optotipos miden la agudeza visual en el ámbito de bajo contraste, así como la sensibilidad al contraste en el campo visual central con impresos reticulares; todo ello nos proporcionará información útil, sobre todo cuando se evalúa la visión de los niños en situación de aprendizaje y adultos en entornos de trabajo diferentes. Es una forma rápida y fácil de descubrir la causa de las dificultades para leer periódicos o planos o bien otros materiales de bajo contraste, a pesar de una agudeza visual suficientemente buena en el ámbito de alto contraste.

El umbral de contraste es una función de la luminancia y tamaño del estímulo.

3. — Campo visual.

4. — Adaptación visual.

5. — Funciones oculomotoras.

6. — Cromatismo visual.

En su artículo 20 habla de visión cromática, no aceptándose discromatopsia alguna en aquellos que quieran ingresar en el Ejército del Aire o en la Armada; sin embargo, para el resto de cuerpos y escalas sólo se requiere reconocer colores puros. Esto es correcto si no fuera que en ella se incluye el ingreso en la Guardia Civil, en la que a los futuros oficiales de este cuerpo se les debería exigir como a los primeros por la posibilidad de pilotar helicópteros, obligando hacer un reconocimiento por el Cima.

En el artículo 21, para aquellos que quieran ingresar en el Ejército del Aire, no se permite ningún grado de miopía, ni corre-

* Capitán Médico Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Palma de Mallorca.

gidas quirúrgicamente. En este artículo tampoco se hace referencia a aquellos oficiales de la Armada que puedan realizar vuelos.

En la Guardia Civil, el número de dioptrías de miopía que se permite para ser oficial es de -3Dp , mientras que para ser número de dicho cuerpo (B.O.E. n° 55 de 04-03-88, en el apartado E art. 3) sólo se permite miopía o hipermetropía de $2,5$ dioptrías, siendo la selección más exigente para ser Guardia Civil básico que oficial. Por todo ello creemos que debería ser unificado para todas las academias y los tres ejércitos, respetando las características de cada una de ellas, esto es, uno general para todos y con especificaciones para algunos cuerpos, como puede ser la escala de vuelo y la Guardia Civil.

En el cuadro médico de exclusiones para el servicio militar, en I-H-8, hace referencia sólo a la afaquia bilateral, cuando debería ser extensivo a afaquia unilateral, ya que no dejan de ser un riesgo potencial para desprendimiento de retina u otros problemas las actividades que se realizan en la vida militar, incluso con lente intraocular. Sería más lógico admitir un miope -4 o -5Dp que no a un afáquico o pseudoafáquico. Aunque un pseudoafáquico no debería ser incluido como en la anterior legislación civil como un inválido para cualquier trabajo, caso de los operados de cataratas de forma intracapsular; hoy día un individuo bien operado uni o bilateralmente con lente intraocular debe considerar su menoscabo de una manera relativa, pudiendo conducir, hacer deporte y llevar una vida normal.

Tampoco hace referencia a aquéllos a los que se les ha aplicado láser en retina por diferentes razones, como por ejemplo en las degeneraciones periféricas, que no siempre son exclusivas de las miopías magnas (más de 6Dp), en agujeros o desgarros retinarios...

En la hemeralopía permanente esencial congénita, salvo el uso del oftalmoscopio, pensando en una retinitis pigmentaria, ¿cómo se verifica en aquellos hospitales que carezcan de adaptómetros? Hay que

recurrir a la evacuación al Hospital Gómez Ulla.

Referente a la miopía e hipermetropía, dado que en el contingente actual el número de dioptrías que se observa cada vez es mayor, se debería subir el límite de -4Dp para miopía y $+6\text{Dp}$ para hipermetropía. Pensando en los innumerables puestos auxiliares que hay en el servicio militar, no encuentro motivo alguno para que un miope de 8 dioptrías no pueda hacer de centralista o sanitario, por poner un ejemplo.

En el cuadro médico para ingreso en la Guardia Civil, habla de cristales correctores, siendo este apartado más claro que los correspondientes del cuadro de exclusiones, que se refieren a la esquiascopia, como bien explica el Dr. Márquez en su libro de refractometría, verdadera Biblia de la refracción, de más de 50 años de vida; define el grado de miopía objetiva, aquel que tras esquiascopia, donde se neutraliza la imagen sumándole algebraicamente -1 , igual método es aplicable a la hipermetropía pero restándole -2 , y no a la potencia dióptrica de los cristales correctores, dado que el miope, por el poder de acomodación, podría admitir hasta una dioptría o más en sus cristales, por encima de su miopía objetiva, tal como define el apartado 1-H-6 del vigente reglamento de exclusión (notas aclaratorias).

Conclusiones

1. Creación de centros regionales de selección.

A) Para ingreso en academias, cursos profesionales y mozos declarantes.

B) Para expedición del certificado médico de conducir al personal de tropa y cuadros de mando en activo.

C) Dotar a dichos centros de material y personal al completo, duplicando donde no lo hubiera el número de especialistas, a fin de ayudar al tribunal médico militar a dilucidar un recurso.

2. Unificar criterios para un solo cuadro

de selección de ingreso en las distintas academias, con especificaciones para el ingreso en la escala de vuelo, armada y guardia civil.

Introducir la prueba de sensibilidad al contraste.

3. *Seleccionar la tropa en:*

A) Combatientes para las cuatro armas.

B) Servicios auxiliares (existen antecedentes en 1966) para cuerpos y servicios, pudiéndose estudiar el pase de algunos profesionales militares a este segundo grupo, para lo cual se debería de:

4. *Realizar cada tres o cinco años reconocimientos periódicos a los cuadros de mando.*

5. *Ampliar el número de dioptrías tanto en miopía como en hipermetropía (dado*

el nivel actual de aumento de los mismos), así como la inclusión del astigmatismo; reconsiderando la posibilidad de incluir como medio válido de observación la auto-refractometría automática o computerizada.

6. *Reconsiderando los apartados antes mencionados como conclusión de las anomalías de la visión cromática para la conducción, tonometría a buceadores, etc.*

Este trabajo fue presentado en el IV simposio de sanidad militar, declarado de interés sanitario y militar, en junio del presente año.

En la actualidad, los apartados 3-4-5 de estas conclusiones, puede que se hagan realidad a partir de 1993.